

Por Maria Stella Gregori (\*)

Dez anos após a promulgação da Constituição Federal e oito da edição do Código de Defesa do Consumidor, dá-se a entrada do marco regulatório do sistema de saúde privado, chamado supletivo ou suplementar. Trata-se da Lei 9.656, de 3 de junho de 1998, e das medidas provisórias que a alteraram, hoje em vigor a Medida Provisória 2.117-44, de 24 de agosto de 2001, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, mais conhecidos como planos de saúde, incluindo, também, nessa terminologia, os seguros-saúde.

A Lei 9.656/98 impõe disciplina específica para as relações de consumo na saúde suplementar, com regras sobre cobertura assistencial, abrangência dos planos, rede credenciada, procedimentos e eventos cobertos e não cobertos, carências, doenças e lesões preexistentes e cumprimento de cláusulas contratuais, além de normas de controle de ingresso e permanência e saída das operadoras nesse mercado, quanto à solvência e liquidez dessas operadoras, a fim de preservar a sustentabilidade e transparência do setor.

O mercado de saúde suplementar, a partir de 2000, passou a ser regulado e fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde. Ela não regula todos os serviços de saúde, tais como prestadores de serviços, médicos, hospitais, medicamentos, mas apenas as operadoras de planos de assistência à saúde.

A regulação a cargo da ANS foi pautada, inicialmente, pela necessidade de se melhor conhecer e sanear esse mercado. Isso feito, passou a adotar política de ênfase à qualidade da atenção à saúde, agregada ao valor de sustentabilidade, na perspectiva de monitorar a manutenção e qualidade dos serviços de assistência à saúde, diretriz que se mantém até os dias de hoje.

O Brasil atravessa um cenário atual conturbado de crise econômica, política, social e moral jamais visto. A economia parece que começa a se recuperar lentamente depois de dois anos catastróficos. Tanto o consumidor como os fornecedores estão mais conscientes e seletivos em relação aos seus direitos e deveres. Isso se deve ao crescimento e fortalecimento das entidades civis e órgãos de defesa do consumidor, aos vários canais de comunicação disponíveis, como a mídia, os serviços de atendimento ao cliente, os call centers, as ouvidorias, a internet e as redes sociais, entre outros.

No tocante à saúde suplementar, o Brasil, nos últimos anos, perdeu em torno de três milhões de consumidores, mas, segundo dados da ANS[1], o mercado começa a se recuperar. Atualmente, 70,7 milhões de consumidores têm plano de saúde, o que representa 23% da população brasileira, sendo 47,5 milhões em planos assistenciais e 23,2 milhões em planos exclusivamente odontológicos, 762 operadoras de planos de assistência à saúde ativas, e 292 operadoras exclusivamente odontológicas, com faturamento de R\$ 179 bilhões, o que representa uma alta de 11% quando comparado ao desempenho de 2016.

Os problemas da saúde, levando-se em conta que os recursos são finitos, agravam-se com o aumento do desemprego e perda da renda dos consumidores, com o envelhecimento da população, somada a uma expectativa positiva de vida mais longa, com custos assistenciais subindo rapidamente em função da vertiginosa incorporação de novas tecnologias. Por outro lado, as informações não são compartilhadas entre todos os fornecedores de serviços e seus consumidores, sendo frequentes os conflitos entre os atores do setor. Os consumidores preocupam-se com o quanto vão gastar e, também, com a qualidade dos serviços, e os fornecedores, focados nos aspectos econômico-financeiros, minimizam seus custos restringindo serviços. A partir desses conflitos originam-se as muitas demandas que acabam sendo dirimidas pelos órgãos de defesa do consumidor, pela ANS e pelo Poder Judiciário.

A par disso, nos últimos anos, vê-se despontar o crescimento de clínicas médicas de atenção

primária à saúde, em que o consumidor, que, a rigor, não tem plano de saúde, paga diretamente consultas, exames e procedimentos ambulatoriais a preços mais em conta.

Essa conjuntura propiciou o reaquecimento do debate sobre a regulação setorial, particularmente por atores externos à agência reguladora. No Ministério da Saúde, começou a ser delineada proposta da criação de um novo modelo de produtos para a saúde suplementar, os chamados planos populares ou planos acessíveis, com custos menores e cobertura inferior à definida pela atual legislação. Essa ideia de se buscar alternativa tem justificativa ancorada na crise econômica em que o país atravessa, com sobrecarga ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como tenta viabilizar a redução do gasto público com o financiamento do SUS.

Para tanto, foi criado grupo de trabalho, com representantes do setor, para discutir o projeto [2], concluído e encaminhado à ANS, para análise de viabilidade técnica. Após analisar a proposta, a agência concluiu que o modelo de plano acessível concorre com ações regulatórias já em andamento, tais como: rede hierarquizada, com incentivo ao cuidado primário e acesso inicial obrigatório via médico de família; coparticipação do beneficiário no pagamento de serviços de saúde; adoção de protocolos, de forma similar aos no SUS, para uniformizar condutas durante o atendimento médico; segunda opinião médica nos casos de maior complexidade, para garantir que as indicações médicas observem as melhores práticas assistenciais; e canais digitais de comunicação para venda de planos, pagamentos de mensalidades, informações de uso e orientações de rede. Assegura, não obstante, serem vedados planos com coberturas assistenciais reduzidas.

Paralelamente ao Executivo, a Câmara dos Deputados retoma o tema dos planos de assistência à saúde ao criar uma comissão especial, em regime de urgência, para analisar o Projeto de Lei 7.419/06, que reúne 153 projetos de leis que propõem alterar a Lei dos Planos de Saúde. Foram realizadas dez audiências públicas para discutir as propostas, mas até o momento o relatório com o resultado dos trabalhos aguarda apreciação da comissão.

O PL 7.419/06 dispõe de alguns pontos que trazem benefício ao consumidor, como a oferta obrigatória de planos individuais; a cobertura para acompanhantes de pacientes menores de 18 anos, idosos, parturientes e pessoas com deficiência; a entrega do contrato a consumidor de plano coletivo; o estímulo a ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças; a ampliação da portabilidade de carência de um plano para outro. Por outro lado, há aspectos que indicam retrocessos ao direito dos consumidores, especialmente, pela redução do poder coercitivo da ANS ao reduzir o valor e a gradação das multas; pela mudança da forma de pagamento do resarcimento ao SUS; pela flexibilização das regras de garantias financeiras para a operação; e pela supressão de projetos de lei que buscavam ampliar coberturas assistenciais. Muitas entidades de defesa do consumidor, representantes de categorias médicas, defensorias e Ministério Público têm se manifestado contrariamente a essas mudanças e pedem o arquivamento desse projeto de lei, o que corrobora com nosso entendimento.

A regulação dos planos de saúde também está na pauta do Judiciário. Além de inúmeras ações em que se discute as relações de consumo entre operadoras e consumidores. O Supremo Tribunal Federal apreciou recentemente a Ação Direta de Inconstitucionalidade 1.931-8 [3], em que se questiona a constitucionalidade de vários dispositivos da Lei 9.656/1998. Ao analisar o mérito da ação, reafirmou, por unanimidade, a decisão liminar concedida e a constitucionalidade dos dispositivos da lei, especialmente as regras que asseguram coberturas assistenciais, a proteção aos idosos e o resarcimento ao SUS por tratamentos prestados na rede pública. Esse resultado vem reforçar o papel da ANS na regulação do mercado de saúde suplementar.

Constata-se, ao longo desses anos, que a regulação da saúde suplementar vem sendo aperfeiçoada pela progressiva implementação de temas estratégicos, referentes a aspectos econômico-financeiros e assistenciais. Entretanto, ainda se verificam alguns aspectos pontuais da Lei 9.656/98 e de sua regulamentação que merecem ser repensados, no que tange à proteção do consumidor, a

fim de serem compatibilizados com os princípios que norteiam os comandos do Código de Defesa do Consumidor, o que permite haver situações em que permeia insegurança jurídica.

Não há dúvida de que a regulação da saúde suplementar precisa ser aperfeiçoada para harmonizar as relações entre as operadoras de planos de assistência à saúde e seus consumidores, especialmente para minimizar os conflitos, com vistas a viabilizar uma atenção mais centrada no consumidor, voltada para a produção de saúde. Para tanto, é primordial invocar a sustentabilidade com uma visão holística, na busca do equilíbrio de um desenvolvimento economicamente viável, socialmente justo e ambientalmente correto.

O consumidor deve, nessa perspectiva, ser considerado pelo fornecedor como paciente, parceiro e aliado, e não como adversário, inclusive por ser ele fonte de recursos para a empresa e, também, para a economia como um todo.

A prestação da atenção à saúde deve ser humanizada, pois o material que os fornecedores trabalham é a pessoa humana, que deve ter respeitada sua dignidade. O paciente-consumidor, nessas circunstâncias, está fragilizado, pelo que necessita de tratamento diferenciado.

A saúde das relações sociais no mundo pós-moderno exige diálogo aberto, daí a importância da ampliação do debate. O diálogo é a principal ferramenta para a construção de práticas sociais e, com efeito, jurídicas que sejam adequadas e responsáveis, levando-se em conta a transparência, a confiança e a boa-fé, em síntese, a ética.

Especialmente na saúde suplementar, alguns assuntos merecem ser repensados, como a prática da falsa coletivização dos planos de assistência à saúde, que impede acesso àqueles que não se enquadram em categorias ocupacionais ou associativas, ou exigem a abertura de pequenos negócios para viabilizar a contratação. Não bastasse isso, elide-se a observância às regras legais sobre reajuste e rescisão de contratos. Nesse ambiente pouco transparente, o consumidor, que desconhece peculiaridades entre os planos individuais e coletivos, acaba induzido a contratar a modalidade coletiva de planos, mas diante do valor inicial reduzido das contraprestações pecuniárias, mas diante da paulatina escassez de oferta de planos individuais. A proteção ao consumidor exige resposta urgente para essa questão.

Além disso, é necessário incentivar o debate para temas relevantes, como pensar em: i) incentivo ao oferecimento de planos individuais; ii) mecanismos pró-ativos de educação ao consumo da saúde suplementar, em especial informações sobre cláusulas contratuais, controle de orçamento financeiro familiar e uso racional da assistência à saúde; iii) índice econômico próprio para o setor; iv) avaliação da rede assistencial das operadoras em relação ao número proporcional de seus consumidores; e v) rever o modelo de remuneração dos prestadores de serviços, entre outras questões que perpassam à alçada da ANS, como a implementação de prontuários eletrônicos e de práticas em telemedicina etc.

Para que os desafios propostos sejam enfrentados, faz-se urgente a participação e o envolvimento de todos os atores desse setor. É imprescindível que esse debate se amplie, com brevidade, no intuito de se viabilizar que as operações de mercado, no setor-saúde, construam relações que se pautem de modo responsável, transparente, ético e justo.

Como em regime democrático, as decisões devem ser tomadas pelo Congresso Nacional para haver segurança jurídica, para que os conflitos sejam reduzidos, criando uma cultura de menor litigiosidade. É preciso se atentar para a tramitação do Projeto de Lei 7.419/06, que como já referimos, é no mínimo um projeto controverso. É a pressão da sociedade a força capaz de promover avanços e evitar retrocessos.

O futuro da saúde suplementar está nas mãos de cada um, para a construção de um setor virtuoso, com ganhos positivos, em que todos os agentes se beneficiem, da produção em saúde, na busca do

tão almejado equilíbrio econômico, social e ambiental para a atual e futuras gerações. As atitudes de hoje definirão o amanhã.

[1] Segundo SIB/ANS/MS - 03/2018. Disponível no site: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br).

[2] O projeto apresenta três propostas: (a) Plano Simplificado – cobertura para atenção primária, conforme rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta, não há previsão de internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital-dia. Por meio desse plano, o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas; (b) Plano Ambulatorial + Hospitalar – cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação feita por médico de família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular; e (c) Plano em Regime Misto de Pagamento – oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com os valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o rol de procedimentos da ANS.

[3] T. Pleno, ADI 1.931, rel. Maurício Correa, j. 21/8/2003, DJU 3/9/2003; rel. Marco Aurélio Mello, j. 7/2/2018, pendente de publicação da decisão final.

(\*) **Maria Stella Gregori** é advogada do Gregori Sociedade de Advogados, professora de Direito do Consumidor da PUC-SP, diretora do Brasilcon e ex-diretora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

**Fonte:** [Revista Consultor Jurídico](http://RevistaConsultorJuridico.com.br), em 09.05.2018.